社區定點診所配合辦理發放

公費 COVID-19 家用快篩試劑同意書

本診所已了解嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心社區定點 COVID-19 家用快篩試劑配置計畫說明，並同意依說明內容配合執行。

診所負責人：　　（蓋章）

診所名稱：　　（蓋章）

醫事機構代碼：

診所地址：

診所電話：

診所負責人電子郵件：

中華民國_____年_____月_____日